



# **Rol de las evaluaciones de tecnologías sanitarias en la toma de decisiones**

Dr. Fabián Fiestas Saldarriaga  
Gerente  
DETS-IETSI



# 01

## CONSUMO EN MEDICAMENTOS

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

# Consumo anual de medicamentos 2005-2016 (millones de soles)



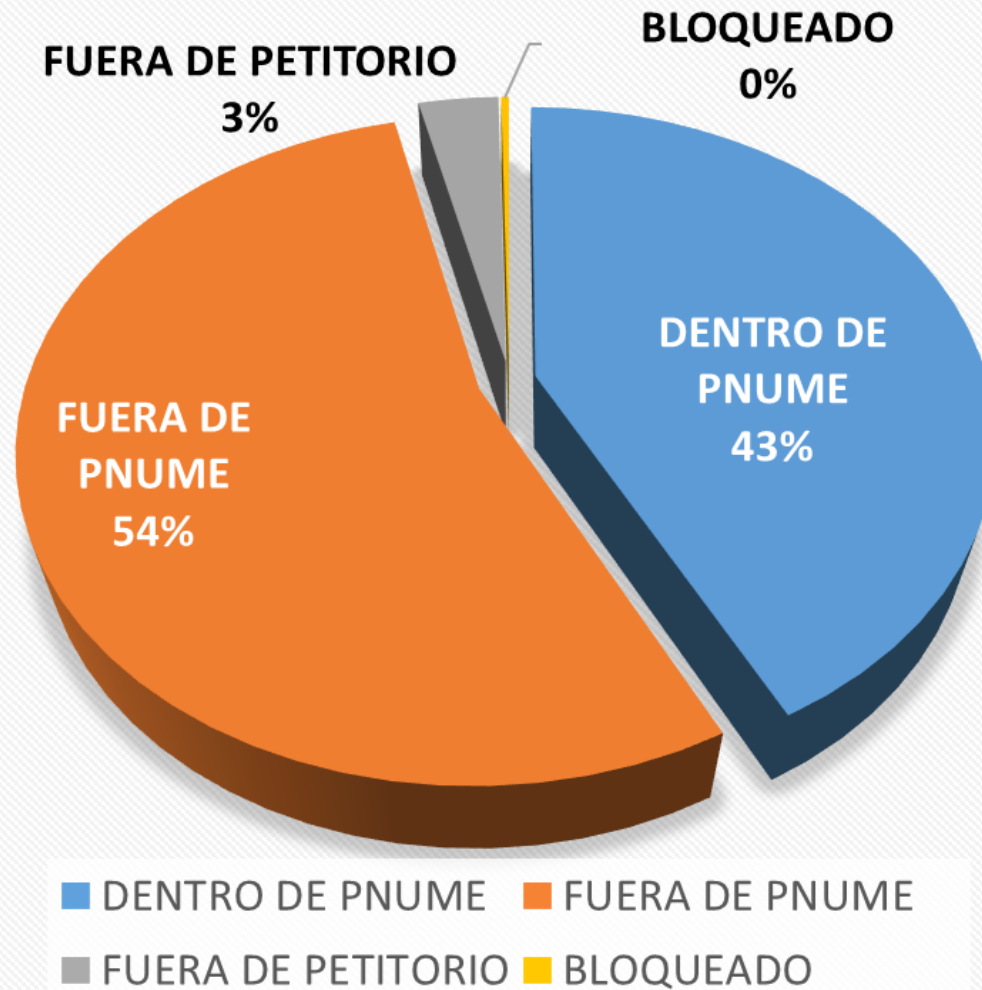
# Uso razonable de los medicamento aprobados por FP

## ANEXO N°1: Condiciones de uso

El paciente a ser considerado para recibir posaconazol debe cumplir con los siguientes criterios clínicos acreditados por el médico tratante\* al momento de solicitar la aprobación del medicamento al Comité Farmacoterapéutico correspondiente en cada paciente específico, o en el Anexo N°07 de la Directiva N°003-IETSI-ESSALUD-2016:

	<b>Diagnóstico/ condición de salud</b>	Pacientes neutropénicos severos por quimioterapia de inducción o trasplante alogénico de médula ósea, con neoplasia hematológica (leucemia mieloide aguda o anemia aplásica severa o síndrome mielodisplásico) con alto riesgo de infección fúngica invasiva
	<b>Grupo etario</b>	Mayores de 13 años
	<b>Tiempo máximo que el Comité Farmacoterapéutico puede aprobar el uso del medicamento en cada paciente</b>	6 meses
	<b>Condición clínica del paciente para ser apto de recibir el medicamento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hemograma que demuestre neutropenia severa (<math>\leq 500</math> neutrófilos/ mm<sup>3</sup>)</li> <li>2. Diagnóstico de condición hematológica de fondo con alto riesgo de IFI inducida por cualquiera de las siguientes condiciones:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leucemia mieloide aguda: evidenciada por cariotipo, inmunofenotipo y panel molecular</li> <li>- Anemia aplásica severa: evidenciada por biopsia de hueso y cariotipo</li> </ul> </li> </ol>

# Gasto en medicamentos año 2016



Fuente: Base de datos CEABE 2016

# Mensajes clave a este punto

- En el 2016, el consumo de medicamentos incrementó en 71% con respecto al 2011 (y 333% con respecto al 2005).
- Dicho incremento es a expensas de los medicamentos dentro del Petitorio Farmacológico, los cuales representan el 97% del consumo.
- 30 medicamentos (todos incluidos en el Petitorio de EsSalud) explican el 40% de dicho consumo (50%, en hospitales nacionales).
- La mayoría de estos 30 medicamentos no se encuentran en el PNUME
- Los medicamentos fuera del petitorio representan solo el 3% del consumo anual en medicamentos.

# 02

## EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

# Algo de historia

- Era pre-hipocrática/Galénica- Pensamiento mágico-religioso
- Hipócrates-galeno: Naturaleza. Pensamiento racional: inductivo
- John Snow: pensamiento deductivo





# Paradigma: ensayo clínico aleatorizado



“Y Daniel propuso en su corazón no contaminarse con la porción de la comida del rey, ni con el vino que bebía; pidió por tanto, al jefe de los eunucos que no se le obligase a contaminarse.”  
Daniel 1: 8

## The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

DECEMBER 31, 2015

VOL. 373 NO. 27

### Sofosbuvir and Velpatasvir for HCV Genotype 1, 2, 4, 5, and 6 Infection

J.J. Feld, I.M. Jacobson, C. Hézode, T. Asselah, P.J. Ruane, N. Gruener, A. Abergel, A. Mangia, C.-L. Lai, H.L.Y. Chan, F. Mazzotta, C. Moreno, E. Yoshida, S.D. Shafran, W.J. Towner, T.T. Tran, J. McNally, A. Osinusi, E. Svarovskaia, Y. Zhu, D.M. Brainard, J.G. McHutchison, K. Agarwal, and S. Zeuzem, for the ASTRAL-1 Investigators\*

#### ABSTRACT

##### BACKGROUND

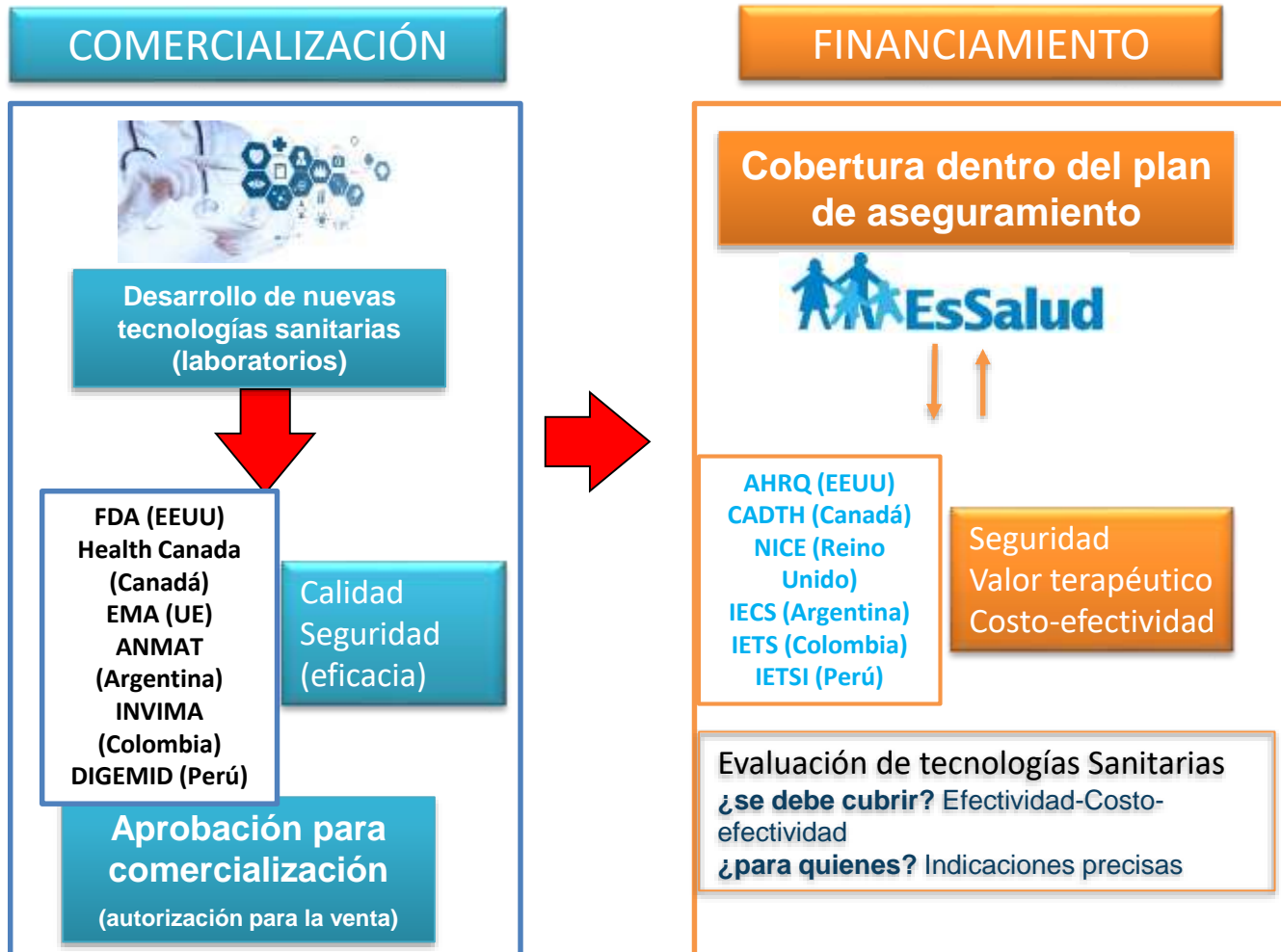
A simple treatment regimen that is effective in a broad range of patients who are chronically infected with the hepatitis C virus (HCV) remains an unmet medical need.

##### METHODS

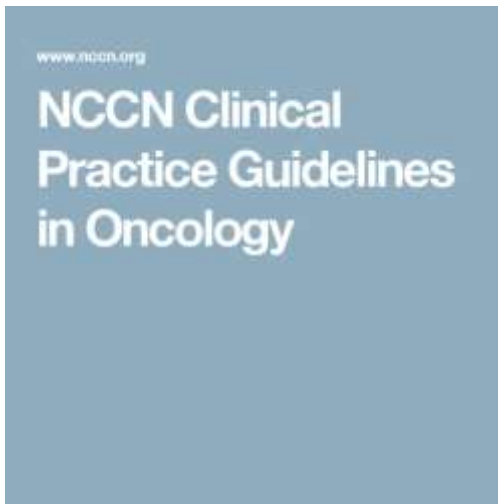
We conducted a phase 3, double-blind, placebo-controlled study involving untreated and previously treated patients with chronic HCV genotype 1, 2, 4, 5, or 6 infection, including those with compensated cirrhosis. Patients with HCV genotype 1, 2, 4,

The authors' full names, academic degrees, and affiliations are listed in the Appendix. Address reprint requests to Dr. Feld at Toronto Western Hospital Liver Centre, 399 Bathurst St., 6B Fell Pavilion, Toronto, ON M5T 2S8, Canada, or at jordan.feld@uhn.ca; or to Dr. Zeuzem at the Johann Wolfgang Goethe University Medical Center, Theodor Stern Kai 7, 60590 Frankfurt, Germany, or at zeuzem@em

# DIFERENCIA ENTRE APROBACION PARA COMERCIALIZACION Y DECISION DE COBERTURA



# Guías de práctica clínica



Juicio crítico en su lectura e interpretación de sus alcances en el contexto local

# Controversias

- **ENSAYOS FASES II**
- **ANÁLISIS POR SUBGRUPO:** CETUXIMAB + FOLFIRI VS FOLFIRI SOLO EN CÁNCER DE COLON
- **COMPARADOR POCO ÓPTIMO O DESCONTEXTUALIZADO:** NIVOLUMAB VS EVEROLIMUS EN CÁNCER RENAL, METASTÁSICO, CON PROGRESIÓN A TRATAMIENTO PREVIO
- **DISEÑOS POCO CONVENCIONALES:** PEMBROLIZUMAB EN CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS, METASTÁSICO, CON PROGRESIÓN A TRATAMIENTO PREVIO
- **ESTUDIOS TRUNCADOS:** PERTUZUMAB EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER 2 POSITIVO
- **WISH BIAS:** *INDUSTRY BIAS, LOS INTERESES QUE COMPITEN*
- **EFFECTOS SOLO EN DESENLACES INTERMEDIOS Y NO EN LOS FINALES**
- **NO MEJOR O PEOR QUE PLACEBO**



*LA PESADILLA, de Johann Heinrich Fussli*

# Tipos de desenlaces clínicos

## DESENLACES CLÍNICOS FINALES

Calidad de la evidencia científica respecto a desenlaces clínicos finales (end-points), con alta relevancia desde la perspectiva del paciente, pues éste lo reconoce como un beneficio tangible:

- Mortalidad o Sobrevida global
- Calidad de vida
- Eventos adversos serios
- Días de hospitalización
- Fracturas
- Hemorragia severa
- Evento cerebrovascular

## DESENLACES CLÍNICOS INTERMEDIOS

se refieren a parámetros de laboratorio y de imágenes o combinaciones de estos. Con frecuencia, este tipo de desenlaces pueden no ser sentidos directamente por el paciente como una mejoría tangible, aunque pueden ser identificados por los clínicos como signos de mejoría o de enfermedad estable. Ejemplos, incluyen:

- Sobrevida libre de progresión
- Tasa de respuesta objetiva
- Densidad ósea
- Excreción urinaria de glucosaminoglicanos (en mucopolisacaridosis tipo VI)

# Revisiones sistemáticas, meta-análisis

- Identifica la evidencia empírica publicada
- Resume el efecto de varios estudios
- Si mantiene rigor metodológico: validez externa
- Sigue un razonamiento inductivo, lo que lo hace susceptible a sesgos de selección y de información



The screenshot shows the Cochrane Library website interface. At the top, there is a navigation bar with the Cochrane Library logo and the tagline "Trusted evidence. Informed decisions. Better health." A search bar is located in the top right corner. Below the navigation bar, there are several tabs: "Cochrane Reviews", "Trials", "More Resources", and "About". The main content area displays a search result for "Industry sponsorship and research outcome". The result includes a "Get access" button, the title "Industry sponsorship and research outcome", and the authors "Andreas Lundh, Joel Lexchin, Barbara Mintzes, Jeppe B Schroll, Lisa Bero". It also shows the publication date "First published: 16 February 2017" and the editorial group "Cochrane Methodology Review Group".

## Authors' conclusions

Sponsorship of drug and device studies by the manufacturing company leads to more favorable efficacy results and conclusions than sponsorship by other sources. Our analyses suggest the existence of an industry bias that cannot be explained by standard 'Risk of bias' assessments.



# Evaluación de tecnologías sanitarias

Evaluar solo la eficacia de las intervenciones ya no es suficiente



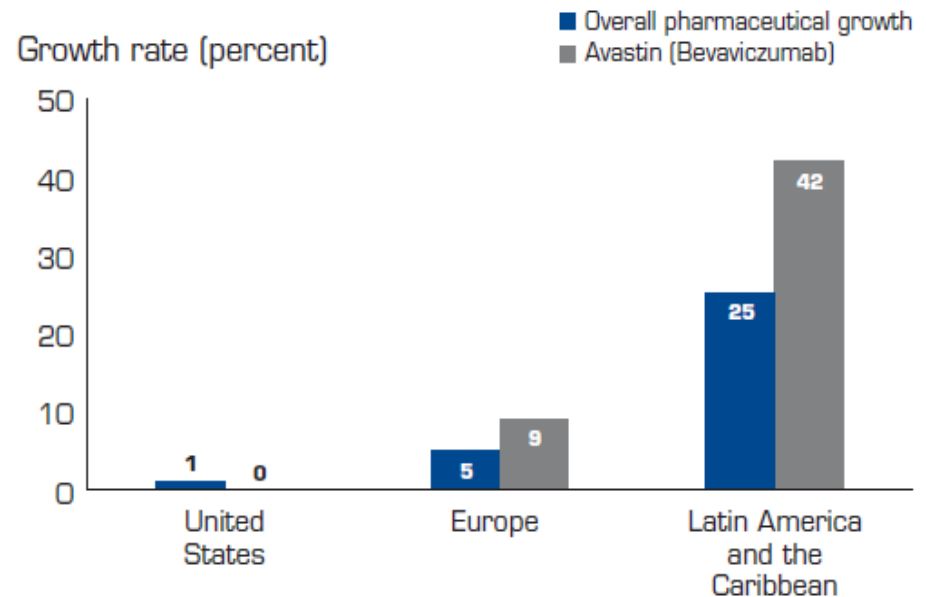
- La costo oportunidad y su implicancia en la ética de la salud pública o sistemas de salud

# Evaluación de tecnologías sanitarias- ETS

Herramienta de valoración de ofertas comerciales de la industria, así como para la negociación con la misma, para lograr el mejor beneficio para los asegurados, mientras que se cuida la sostenibilidad de la institución

Explicita el balance entre los beneficios y los costos que implica la nueva tecnología versus el status quo

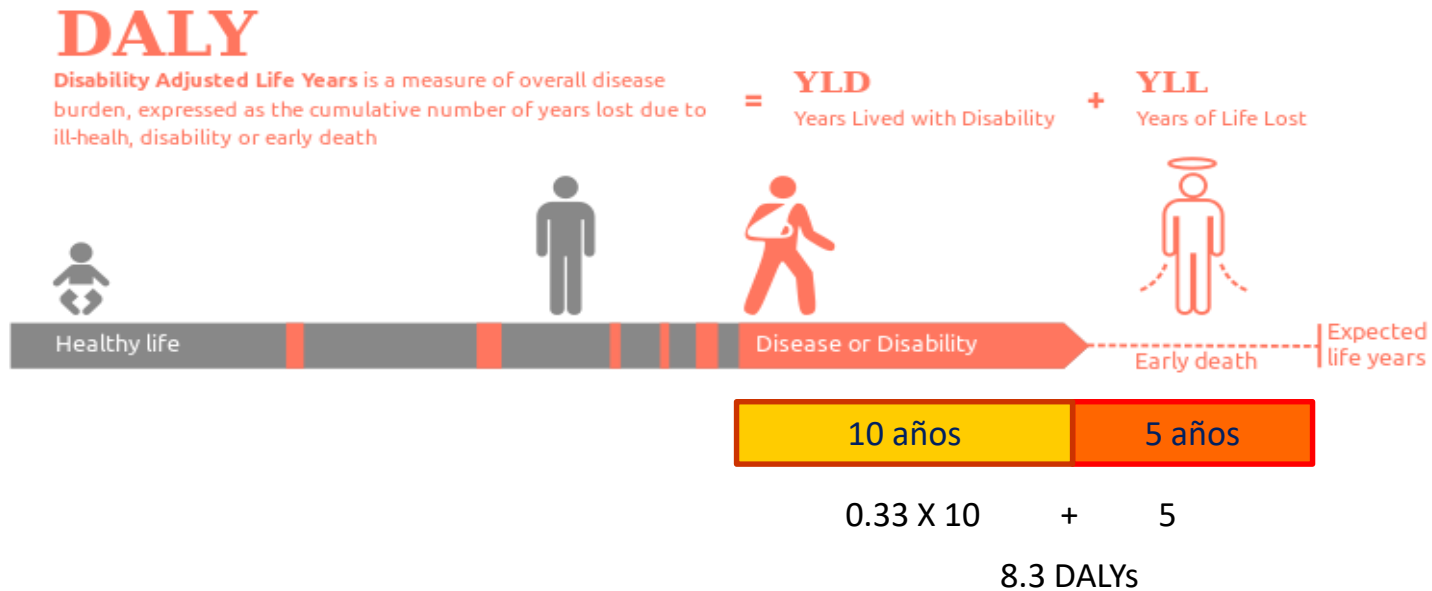
## Sales growth in Avastin in 2010



Source: Giedion (2011), from IMS, Overall growth pharamarkets 2010. <http://www.pharmaphorum.com/2011/04/06/pharma-emerging-markets-latin-america/>; Avastin/Bevacizumab La Roche, annual report.



# AÑOS DE VIDA PERDIDOS AJUSTADOS A DISCAPACIDAD - AVAD (DALYs)



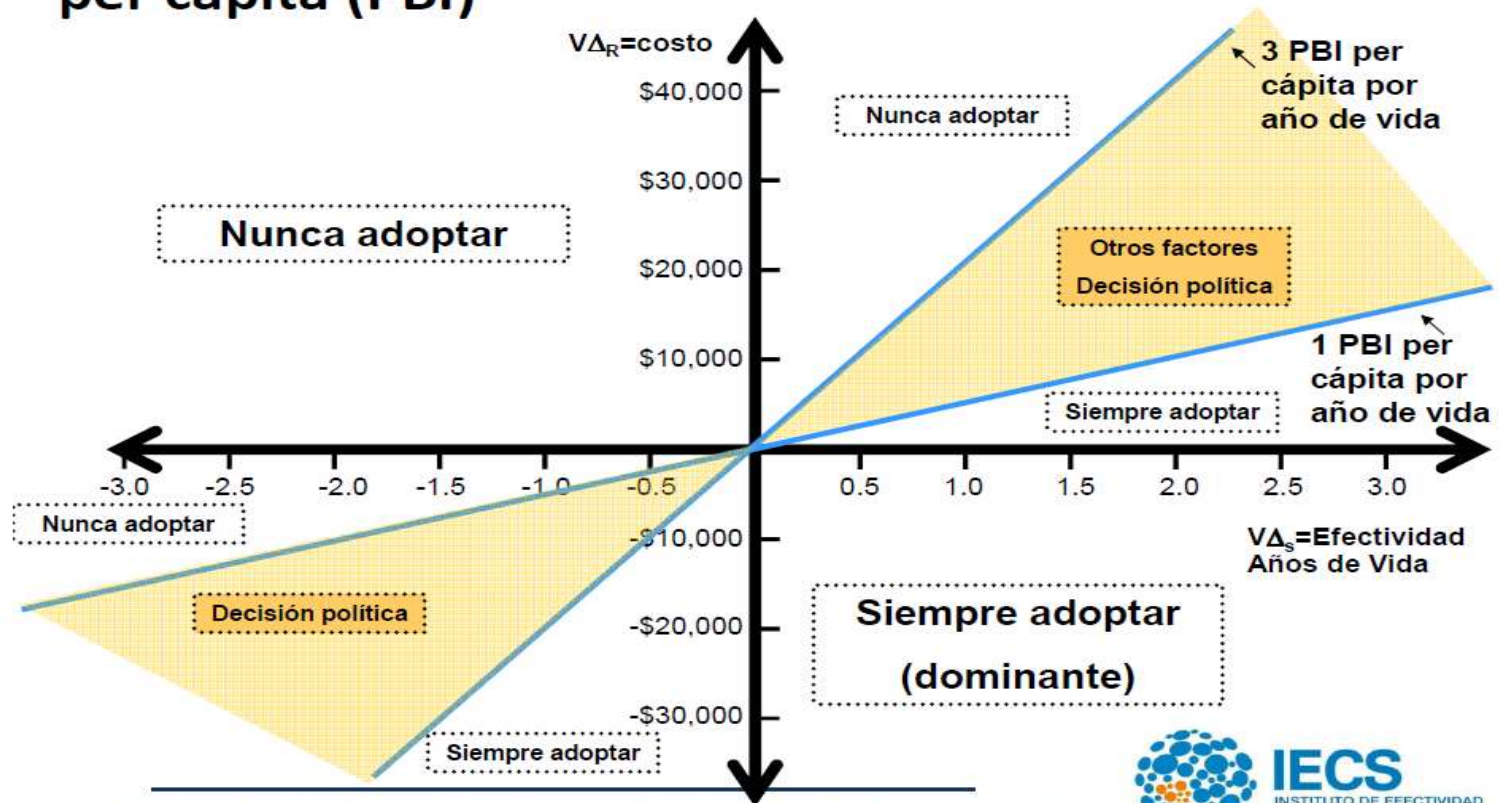
Medida estándar que calcula el deterioro causado por condiciones de salud por el número de años perdidos debido a la condición más el número de años vividos con discapacidad multiplicado por un número que representa la severidad de la discapacidad.

# Años de vida ajustados a la calidad- AVAC (QALY)

- El AVAC (o QALY) es una medida que intenta expresar a cuanto equivale un año viviendo con una determinada condición. La “unidad” utilizada para esta comparación es el año vivido en plena salud.
- 1 QALY = 1 Año vivido en perfecta salud

# Evaluación económica

## Umbral basado en el Producto Bruto Interno per cápita (PBI)



A. Pichon-Riviere Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy, Argentina ([www.iecs.org.ar](http://www.iecs.org.ar))

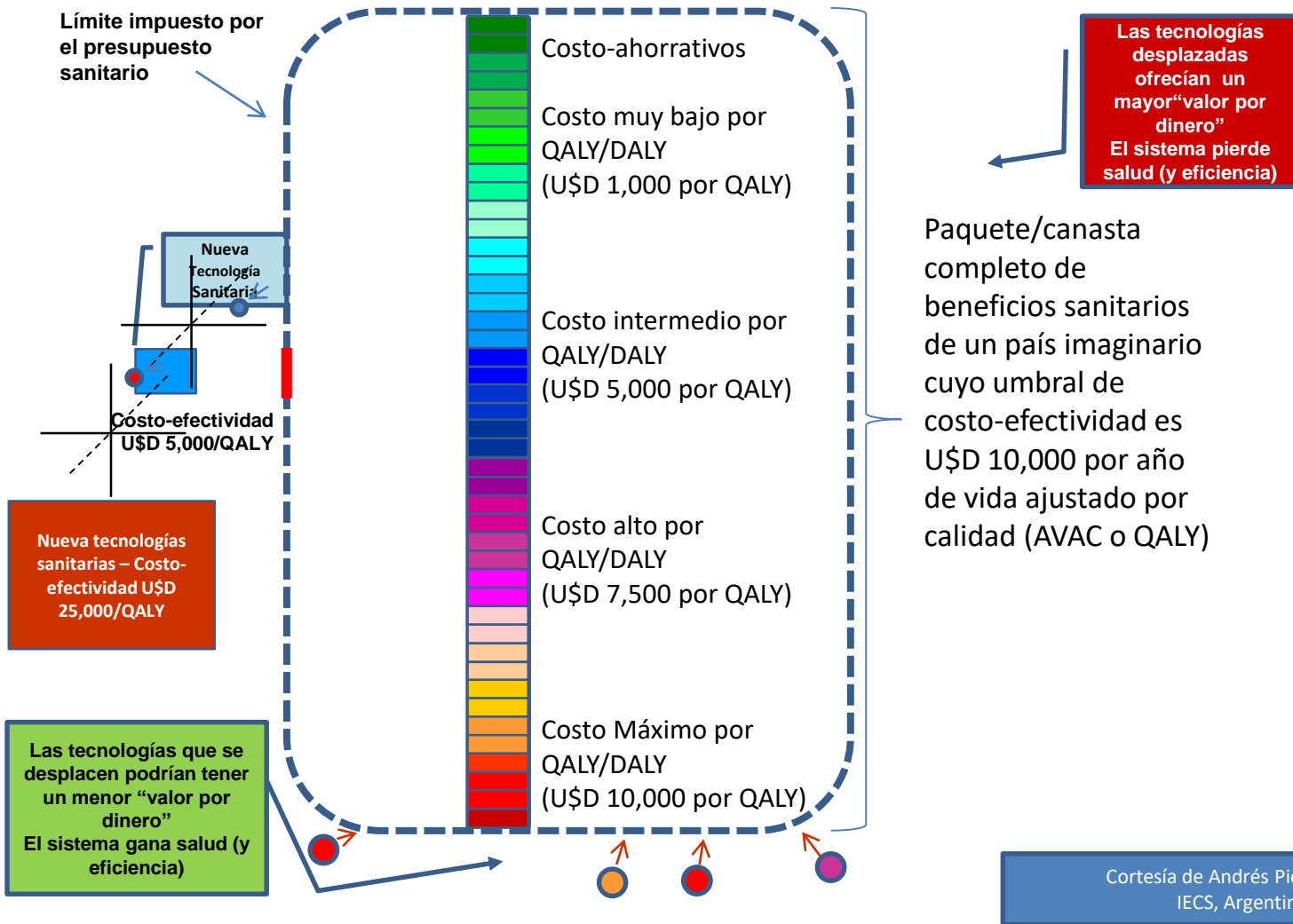


# El dilema de la costo-oportunidad

- Muchas vidas se pueden salvar y otras mejorar en su calidad, si se recoloca parte del presupuesto en las tecnologías o intervenciones más costo-efectivas → Más salud a más personas
- Muchos países carecen de procesos justos y las instituciones necesarias para conectar la evidencia a las decisiones en el gasto público y para exponer los **costos de oportunidad** de una decisión sobre otra → deja espacio para la intervención de grupos de interés y la generación de enigmas éticos
- Tampoco tienen procesos con criterios explícitos para tomar decisiones → procesos poco transparentes que pueden llevar a algunos a abusar de influencias, evitando parcialmente o totalmente consideraciones éticas

# ETS básicamente, permite

- Explicitar los beneficios que se obtienen a un costo dado (ya sea muertes prevenidas, DALYs evitados, QALYs ganados, o por otros estándares como los perfiles de seguridad, valores sociales, protección financiera, méritos éticos, criterios de financiamiento público, etc )
- Identificar aquellas tecnologías con el mayor potencial de generar las máximas ganancias en la prestación de servicios de cuidado de la salud
- Balancear la asimetría de información (pe., entre la industria y las instituciones prestadoras; especialistas y tomadores de decisión; médicos y pacientes; profesionales de salud y otros actores, como jueces)
- Disminuir la posibilidad de inducciones o influencias indebidas por parte de la industria en los profesionales de salud



# 03

## DECISIONES

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

## ETS REALIZADAS PARA LA INCORPORACIÓN DE NUEVOS MEDICAMENTOS A ESSALUD (2015 a setiembre 2017)

	dictámenes	si	no	# medicamentos	% aprobado
<b>Total</b>	<b>141</b>	<b>79</b>	<b>61</b>	<b>129</b>	<b>56%</b>

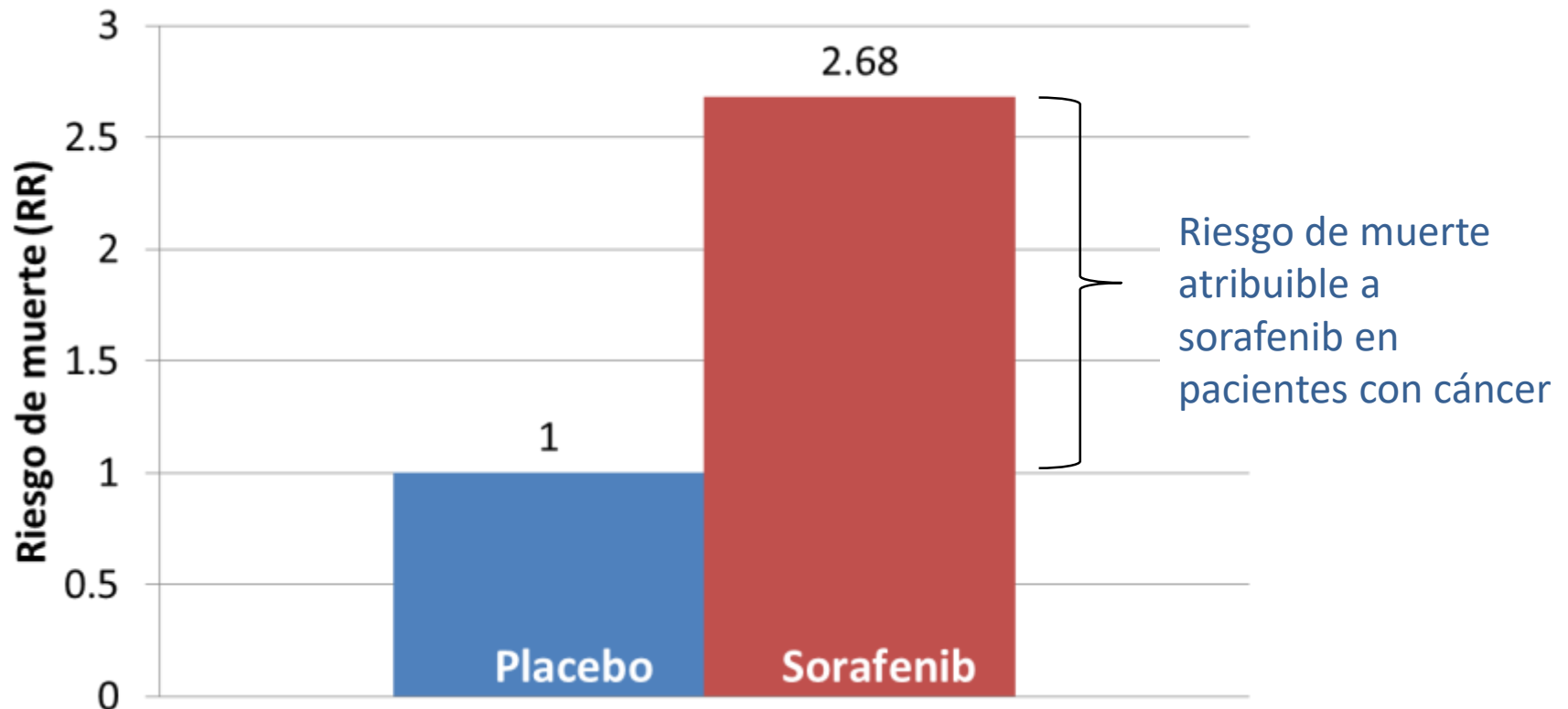


## Razones de no aprobación

- No mayor eficacia ni seguridad que el medicamento actualmente disponible, sin perfil favorable de costo-efectividad (ej. Cetuximab +FOLFOX en cáncer de colon frente a FOLFOX ó FOLFIRI)
- No diferencia con placebo en eficacia en desenlaces clínicos relevantes (ej. Ataluren en Duchenne)
- Peor perfil de seguridad que placebo (ej. Sorafenib en cáncer de tiroirdes)

## Uso de medicamentos y dispositivos con evidencia científica de eficacia y seguridad

### Meta-análisis: incidencia y riesgo de mortalidad asociada a sorafenib en pacientes oncológicos



Schutz FA, Je Y, Richards CJ, Choueiri TK. Meta-analysis of randomized controlled trials for the incidence and risk of treatment-related mortality in patients with cancer treated with vascular endothelial growth factor tyrosine kinase inhibitors. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2012;30(8):871-7.

## Propuestas de FP no aprobadas por IETSI

17 Solicitudes NO  
aprobadas

Gasto anual evitado\*:  
**S/. 190.6 millones**  
aprox.

MEDICAMENTO	CONDICIÓN	GASTO ANUAL EVITADO*	
Afatinib (segunda línea)	Cáncer de pulmón de células no pequeñas	S/.	626,400.00
Metreleptina (Primera línea)	Lipodisforia Generalizada Congénita	S/.	4,824,000.00
Vildagliptina 50 mg	Diabetes Mellitus tipo 2, riesgo de hipoglicemia	S/.	9,180,000.00
Sorafenib 200mg	Carcinoma renal metastásico (luego de progresión a Sunitinib)	S/.	1,438,560.00
Rivaroxaban	Fibrilación Auricular No Valvular	S/.	18,000,000.00
Rituximab 500mg	pénfigo refractario y con contraindicación a uso de corticoides	S/.	5,412.00
Sorafenib	Carcinoma de tiroides diferenciado, refractario a con yodo radioactivo	S/.	4,794,000.00
Pembrolizumab 50 mg (primera línea)	melanoma maligno con enfermedad metastásica, sin tratamiento previo	S/.	11,812,320.00
Ibrutinib	Linfoma de células del manto	S/.	5,487,120.00
Tofacitinib	Artritis reumatoide refractaria a anti-TNF y anti-CD20	S/.	1,195,200.00
anfotericina B complejo lipidico	Mucormicosis	S/.	2,250,080.00
anfotericina B liposomal (primera línea)	Mucormicosis	S/.	1,285,760.00
Vemurafenib	Melanoma maligno avanzado con progresión al uso de nivolumab	S/.	193,219.20
L-asparaginasa E.Coli pegilada 750 U	Leucemia linfoblástica aguda con hipersensibilidad a L-asparaginasa nativa	S/.	31,920.00
Nivolumab 10MG/ ML - 10 ML	Cáncer renal metastásico de células claras con progresión a TKI	S/.	1,617,696.00
Palmitato de Paliperidona	esquizofrenia paranoide con pobre adherencia a antipsicóticos orales	S/.	123,138,900.00
Pembrolizumab (segunda línea)	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC)	S/.	4,724,928.00

\* Gasto si solo el 10% del total de pacientes cubiertos por Essalud y tienen la condición para la que se solicitó el medicamento fueran a recibir el medicamento

# ANTES y DESPUÉS del PROCESO DE AUTORIZACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS DE ESSALUD

Proceso previo (Basado en CFT)	Proceso actual (IETSI)
La carga de la prueba en el médico	La carga de la prueba es puesta en la institución, no en el binomio médico-paciente
Dificultades del médico y comités en acceder a la literatura científica	Uso de la mejor evidencia científica disponible
Sin método sistemático en la evaluación de la tecnología	Transparencia
Procesos lento (promedio 6 - 8meses)	Oportunidad de uso (luego del dictamen, menos de 20 días hábiles)
Apego variable a la normatividad nacional	Apego a la normatividad nacional
Resultados poco predictibles : variabilidad	Predictibilidad, Consistencia
No facilitaba la rendición de cuentas	Responsabilidad –Auditorías (facilita procesos de rendición de cuentas por los diferentes actores responsables de cada punto de decisión en el proceso)

## Ejemplos

# Evaluaciones de solicitudes de uso de PFFP con poco sustento técnico en el marco del anterior proceso

Salud  
ANEXO N° 3

FORMULARIO DEL COMITÉ FARMACOLÓGICO DE LA RED ASISTENCIAL PARA SOLICITUD O DENEGACIÓN DE USO DE UN MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN EL PETITORIO FARMACOLÓGICO DE ESSALUD "PARA PACIENTES NUEVOS"

**DATOS INFORMATIVOS:**

1.1 Procedencia: Oncología.  
1.2 Recepción: 10/06/15  
1.3 Evaluación: 16/06/15

**II. DATOS DEL PACIENTE**

**Paciente A**

2.1 Paciente: [Redacted]  
2.2 Seguro: 390306-0-008  
2.3 Historia Clínica: 29374  
2.4 Edad: 59 años  
2.5 Diagnóstico: Cáncer Renal (células claras)/Metastasis (Pulmón-Columna)

**III. DATOS MEDICAMENTO SOLICITADO:**

Medicamento:	SUNITINIB
Presentación:	CAPSULAS(25mg)
Costo Mensual:	11.036,80 SOLES
Posicionamiento:	INDICACION MEDICA
Grupo Farmacológico:	ANTI NEOPLASICO
Mecanismo en acción:	INHIBIDOR DE TIROSINKINASA

Referar todos los espacios (o NA cuando no aplica)

**IV. EVALUACIÓN POR EL COMITÉ FARMACOLÓGICO DE LA RED ASISTENCIAL**

Sobre la base de la información del expediente que sustenta la solicitud del uso del medicamento no incluido en el Petitorio Farmacológico y teniendo en cuenta información complementaria, de ser necesaria, el Comité Farmacológico Local evaluará la solicitud, con el rigor técnico y ético que le compete, bajo las siguientes consideraciones:

4.1 Evaluación de la información presentada

4.1.1 Diagnóstico definitivo: Cáncer Renal EC.IV.  
4.1.2 Tratamiento recibido: quirúrgico/oncológico, noviembre 2013.  
4.1.3 Respuesta a la Terapia: Enfermedad metastásica.  
4.1.4 Justificación: Paciente con Cáncer Renal metastásico con manejo quirúrgico en noviembre, 2014 (ver el último estudio de imágenes muestran persistencia de metástasis pulmonar y secundario a nivel cerebro/vena hembra, costillas). En estos casos el tratamiento con Sunitinib ha logrado control de la enfermedad. Sunitinib está indicado en primera línea de tratamiento en pacientes con cáncer renal metastásico, y logra

**FORMULARIO DEL COMITÉ FARMACOLÓGICO DE LA RED ASISTENCIAL PARA SOLICITUD O DENEGACIÓN DE USO DE UN MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN EL PETITORIO FARMACOLÓGICO DE ESSALUD "PARA PACIENTES NUEVOS"**

**I. DATOS INFORMATIVOS:**

1.1 Procedencia: Oncología.  
1.2 Recepción: 10/06/15  
1.3 Evaluación: 16/06/15

**II. DATOS DEL PACIENTE**

**Paciente B**

2.1 Paciente: [Redacted]  
2.2 Seguro: 392208-1-002  
2.3 Historia Clínica: 1251828  
2.4 Edad: 78 años  
2.5 Diagnóstico: Cáncer Renal (células claras)/Metastasis Pulmonar

**III. DATOS MEDICAMENTO SOLICITADO:**

Medicamento:	SUNITINIB
Presentación:	CAPSULAS(25mg)
Costo Mensual:	11.036,80 SOLES
Posicionamiento:	INDICACION MEDICA
Grupo Farmacológico:	ANTI NEOPLASICO
Mecanismo en acción:	INHIBIDOR DE TIROSINKINASA

Referar todos los espacios (o NA cuando no aplica)

**IV. EVALUACIÓN POR EL COMITÉ FARMACOLÓGICO DE LA RED ASISTENCIAL**

Sobre la base de la información del expediente que sustenta la solicitud del uso del medicamento no incluido en el Petitorio Farmacológico y teniendo en cuenta información complementaria, de ser necesaria, el Comité Farmacológico Local evaluará la solicitud, con el rigor técnico y ético que le compete, bajo las siguientes consideraciones:

4.1 Evaluación de la información presentada

4.1.1 Diagnóstico definitivo: Cáncer Renal EC.IV (metast pulmonar).  
4.1.2 Tratamiento recibido: quirúrgico/oncológico, noviembre 2014.  
4.1.3 Respuesta a la Terapia: Enfermedad metastásica.  
4.1.4 Justificación: Paciente con Cáncer Renal metastásico con manejo quirúrgico en noviembre, 2014 (ver el último estudio de imágenes muestran persistencia de metástasis pulmonar y secundario a nivel cerebro/vena hembra, costillas). En estos casos el tratamiento con Sunitinib ha logrado control de la enfermedad. Sunitinib está indicado en primera línea de tratamiento en pacientes con cáncer renal metastásico, y logra

# 06

## MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE SISTEMAS DE SALUD PÚBLICOS

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación



## 60ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA, 14-23 DE MAYO DE 2007

RESOLUCIONES Y DECISIONES  
ANEXOS

RESOLUCIONES Y DECISIONES

109

### WHA60.29 Tecnologías sanitarias<sup>1</sup>

La 60ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre tecnologías sanitarias;<sup>2</sup>

Reconociendo que las tecnologías sanitarias proporcionan a los dispensadores de atención de salud herramientas indispensables para prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar con eficacia y eficiencia y para lograr los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio;

Entendiendo que las tecnologías sanitarias, en particular los dispositivos médicos, plantean un reto económico y técnico a los sistemas de salud de muchos Estados Miembros, y preocupada por el desaprovechamiento de recursos que suponen las inversiones inadecuadas en tecnologías sanitarias, en particular en dispositivos médicos, que no responden a las necesidades más prioritarias, son incompatibles con las infraestructuras existentes, se utilizan de manera irracional o incorrecta o no funcionan eficazmente;

Reconociendo que los Estados Miembros y los donantes necesitan contener la escalada de costos, definiendo para ello un orden de prioridad en la selección y adquisición de tecnologías sanitarias, en particular dispositivos médicos, en función de sus efectos sobre la carga de morbilidad, y también de velar por un uso eficaz de los recursos mediante procesos adecuados de planificación, evaluación, adquisición y gestión;

Observando la necesidad de ampliar los conocimientos especializados en materia de tecnologías sanitarias, en particular de dispositivos médicos,

#### 1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que recopilen, verifiquen, actualicen e intercambien información sobre tecnologías sanitarias, en particular dispositivos médicos, a modo de instrumento auxiliar para jerarquizar las necesidades y la asignación de recursos;
- 2) a que formulen, según proceda, estrategias y planes nacionales para la implantación de sistemas de evaluación, planificación, adquisición y gestión de las tecnologías sanitarias, en particular de los dispositivos médicos, en colaboración con personal dedicado a la evaluación de las tecnologías sanitarias y la ingeniería biomédica;
- 3) a que elaboren directrices nacionales o regionales sobre prácticas adecuadas de fabricación y reglamentación, instituyan sistemas de vigilancia y otras medidas para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los dispositivos médicos y, cuando corresponda, participen en la armonización internacional;

# ETS : Antecedentes OMS - 2007

- ❑ Tecnologías sanitarias, plantean un reto económico y técnico a los sistemas de salud
- ❑ Preocupa el desaprovechamiento de recursos
- ❑ Inversiones inadecuadas en tecnologías sanitarias,
  - No responden a las necesidades más prioritarias,
  - Son incompatibles con las infraestructuras existentes,
  - Se utilizan de manera irracional o incorrecta o
  - No funcionan eficazmente;

## 1. INSTA a los Estados Miembros



**Implementen Sistemas de evaluación y gestión de tecnologías sanitarias.**

# TENDENCIA GLOBAL

A FORTALECER LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD



**EL IETSI DEBE SER MIEMBRO DE :**



## Nacionales

- Universidades
- INS, DIGEMID, ESSALUD, SIS
- Institutos Nacionales Especializados

## Internacionales

- RAETS
- REDETSA,
- INAHTA
- NICE,
- IETS,
- IECS,
- McMaster, GWU,
- Cochrane collaboration

\*Mapa de algunas agencias dedicadas a la Evaluación de Tecnologías en Salud a nivel mundial.



capacitación labor...  
ha burocratizado. L...  
progreso. Este Gob...  
progreso.

Para incentivar...  
Organización para...  
un grupo de los pa...  
viene efectuando u...  
la membresía de e...  
mandato. Es que, p...  
seguir. Las experie...  
eso, aplaudimos ta...  
conformamos junt...  
miembros asociad...  
países del Pacífico...  
social. Estos paíse...  
aprender.

En los próximos m...  
mundo. Vamos a s...

Mensaje a la Nación:  
PPK y su anuncio a  
los venezolanos en  
Perú

Mensaje a la Nación:  
PPK dio sus  
propuestas para  
reactivar la  
economía

OCDE Home | [About](#) | [Countries](#) | [Topics](#) | [Français](#)

OCDE Home | [Directorate for Science, Technology and Innovation](#) | [Biotechnology policies](#) | Health Technologies and Decision Making

[Innovation in science, technology and industry](#)  
[Industry and globalisation](#)  
[Science and technology policy](#)  
**[Biotechnology policies](#)**  
[Digital economy](#)  
[Broadband and telecom](#)  
[Consumer policy](#)  
[Innovation policies for space and oceans](#)

## Health Technologies and Decision Making

[Summary](#) | [Table of Contents](#) | [Read online](#)

Health technology has the tremendous potential to change our understanding of disease, transform the delivery of health-care services, and improve health outcomes. But using such technology comes at a price. Decisions about whether to purchase and use new technology should be based on high-quality evidence on its impact on health care and health outcomes.

OECD countries face the challenge of aligning health-care decision making with the best available evidence. While many countries have invested in the production of health technology assessment, evidence about its use in decision making is limited.

Health Technologies and Decision Making analyses the barriers to, and facilitators of, evidence-based decision making in OECD health-care systems. It examines how countries can successfully manage the opportunities and challenges arising from health-related technology by optimising decision-making processes, recognising the value of innovation, dealing with uncertainty, and producing and co-ordinating health technology assessment. The book also considers the capacity of health systems to respond to the particular challenges of fast-developing health-related biotechnologies.

Click image to read

OCDE

HEALTH SYSTEM REVIEW OF PERU , DECEMBER 2015

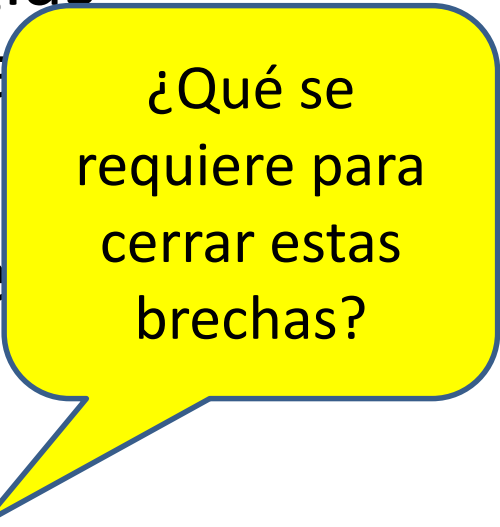
**CHAPTER 3. RECCOMENDATION 4. Strengthen capabilities in strategic drug purchasing**

“MINSA also has the opportunity to build on the separate initiatives in health technology assessment. For example, IETSI in EsSalud or the INS could provide HTA to determine the coverage and price of high cost drugs provided by SIS.”

33

# Tomar el reto de la Costo-oportunidad

- Mientras tanto, la cobertura de implementación de otras tecnologías sanitarias altamente costo-efectivas y su potencial preventivo y curativo es limitado.
- Ejemplos de coberturas, según mediciones de 2017 de EsSalud:
  - Mamografías: 22.7%
  - Tamizaje de Ca de CU (PAP): 23.62%
  - Tamizaje de anemia infantil: 30%



¿Qué se requiere para cerrar estas brechas?

Muchas gracias

[Fabian.fiestas@essalud.gob.pe](mailto:Fabian.fiestas@essalud.gob.pe)